

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS  
Brilhante, Tabatinga/AM**

**Yanitza Matos Utria**

**Pelotas, 2016**

**Yanitza Matos Utria**

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS  
Brilhante, Tabatinga/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

U92m Utria, Yanitza Matos

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Brilhante, Tabatinga/AM / Yanitza Matos Utria; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao meu esposo Yonny Reyes Loyola e meus  
filhos Jhonny Reyes Matos e Jessica Reyes  
Matos, pois eles são a minha razão de lutar e  
viver.

## **Agradecimentos**

À minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos,

Ao meu orientador pelo auxílio e dedicação,

Aos meus colegas pela cumplicidade.

Às equipes da UBS Brilhante pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados. E a todos que de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

## Resumo

Utria, Yanitza Matos. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com HAS e/ou DM na UBS Brilhante, Tabatinga/AM.** 2016. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas muito frequentes na atualidade, São responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). As complicações agudas e crônicas do Diabetes causam alta morbimortalidade, e alto custos para os sistemas de saúde. Todas essas consequências levam à origem de muita doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e qualidade de vida. Foi desenvolvida uma intervenção pelas equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde Brilhante no Bairro do Brilhante, Tabatinga, Amazonas. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas onde participarão as pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, residentes na nossa área de abrangência, com uma meta de cadastrar o 70% dos usuários com hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, com objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais em nossa área de abrangência, melhorar a qualidade da atenção e o registros de informações, melhorar a adesão, manter as fichas de acompanhamento a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapear hipertensos e diabéticos de riscos para doenças cardiovascular e promover ações de educação em saúde. As ações desenvolvidas durante três meses foram descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Após o final desse período, conseguiu-se cadastrar e acompanhar 425 hipertensos e 146 diabéticos. A cobertura atingida foi de 57% e 73%, respectivamente para o programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Com a intervenção melhoramos de forma significativa as condições de saúde e qualidade de vida da população da área de abrangência, foi possível reorganizar as atribuições da equipe na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorar a qualidade dos registros e o agendamento dos mesmos. A realização da intervenção e a reflexão nos permitiram melhorar o trabalho em equipe e alcançar maior união entre os 29 integrantes da Unidade de Saúde. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Brilhante no Município de Tabatinga, AM. Partindo da estimativa pela planilha de coleta de dados quanto ao número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica com 20 anos ou mais residentes na área foi de 812 e 200 para Diabetes Mellitus.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Foto da equipe do NASF em atividade com pessoas com HAS e/ou DM	51
Figura 2	Foto do NASF nas ações de engajamento público	52
Figura 3	Foto de atendimento clínico	52
Figura 4	Foto de atendimento clínico e realização de exames	53
Figura 5	Foto de busca ativa na comunidade	53
Figura 6	Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde	40
Figura 7	Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde	40
Figura 8	Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	41
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	41
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia	42
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	43
Figura 12	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	44
Figura 13	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada	45
Figura 14	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada	45
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	46

Figura 16	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	47
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa	48
Figura 18	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento	49
Figura 19	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento	49
Figura 20	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico	50
Figura 21	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico	50



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
Hiperdia	Programa de hipertensos e diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenções Básicas
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística .....	48
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	553
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	553
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	55
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão .....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	775
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	77
Apêndices.....	79
Anexos	84

## **Apresentação**

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da família, modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho consistiu em uma intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais na UBS Brilhante do município Tabatinga. Esta intervenção começou no mês de maio de 2015, com as primeiras tarefas, e concluiu no mês de fevereiro 2016 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão do curso.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais:

Na primeira parte inclui a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual se inseriu um texto inicial sobre a situação da ESF\APS. Depois descrevemos a análise situacional da UBS, apresentando a estrutura da mesma, a composição das equipes, e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. Também foi elaborado um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2, começando pela justificativa, seguido dos objetivos geral e específicos, as metas, a metodologia, o detalhamento das ações, segundo os quatro eixos programáticos do curso, os Indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas na unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Na quarta parte encontra-se a avaliação da intervenção na qual relatamos quais foram os resultados obtidos para a comunidade, para os serviços e para o profissional da saúde. Terminando essa etapa com um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da Intervenção.

Finalizando o volume encontram-se os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Minha unidade básica de saúde (UBS) ainda está em projeto de construção e é formada por duas equipes. Até o momento, encontra-se no bairro Brilhante num local alugado composta por uma sala de espera, sala de triagem, farmácia, consultório médico, consultório odontológico, consulta de enfermagem, recepção, sala de vacina e um salão de reuniões.

Cada equipe tem um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma boa equipe de saúde bucal (SB), a qual realiza atendimento para todas as áreas de abrangências da UBS e os agentes comunitários de saúde (ACS). Uma equipe tem sete ACS e minha equipe tem nove ACS.

Esses ACS moram na comunidade e estão vinculados à USF. Eles fazem parte do time da saúde da família, se destacam na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, estão em contato permanente com as famílias facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde em cada uma da sua micro área.

Eles atuam nos domicílios de sua área de abrangência, realizam mapeamento de sua área, cadastram as famílias e atualizam o cadastro permanentemente, identificam os riscos e se for necessário realizam a visita com médico ou enfermeira ou os dois dependendo da situação.

Além disso, eles orientam as famílias para utilizar adequadamente os serviços de saúde, encaminhando-as até a UBS, com o intuito de agendar consulta, na realização de exames, atendimento odontológicos, etc.

Toda a equipe realiza visita domiciliar para o acompanhamento de todas as famílias, considerando os indicadores, realizam pesagem das crianças, participa no programa de saúde escolar, participa ativamente junto a equipe de NASF, e durante as palestras. Abaixo segue uma foto de uma atividade realizada com a comunidade:

O trabalho da equipe valoriza o desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde, promove a educação e mobilização comunitária, desenvolvendo ações coletivas de saneamento e melhora do meio ambiente, além de participação ativamente na campanha de vacina.

A médica e a enfermeira possuem um plano de trabalho, organizado da seguinte forma durante a manhã. Nas segundas-feiras, ambos realizam consulta de pré-natal. Nas terças-feiras, a médico atende a população e a enfermeira realiza exame preventivo e planejamento da unidade. Nas quartas-feiras, a médica realiza o atendimento para a população e a enfermeira DC.

Já nas quintas-feiras, a médica realiza o atendimento à população e a enfermeira desenvolve o Hiperdia a unidade de saúde. Nas sextas-feiras, a médica possui o tempo para estudos e a enfermeira realiza o teste rápido para DST.

A tarde realizamos as visitas domiciliares, com seguimentos priorizados para crianças, gestantes, idosos, usuários com doenças crônicas, acamados, etc..

Realizamos ações de promoção à saúde, direcionadas para a mudança de estilo e modo de vida, uso correto do medicamento, importância das consultas de acompanhamento de acordo aos indicadores e programas.

Além disso, realizamos palestras, reuniões semanalmente para programar o trabalho da semana e assim avançar por uma UBS que ofereça atendimento com qualidade.

A comunidade participa ativamente nas palestras, os mutirões, pesagem junto aos ACM que todo o tempo está inserido nas comunidades. Quando realizamos as palestra, aproveitamos o tempo todo com a participação da equipe do NASF que abordam alguns temas específicos. Os líderes da comunidade participam das ações de promoção conjuntamente com os ACS encaminhadas à estimulação de hábitos e atitudes saudáveis na população.

Na UBS realizam se ações de prevenção para evitar que as pessoas adoçam (pesquisa de câncer do colo, pesquisa de câncer de mama, com as vacinas preveni muita doenças transmissível, etc.)

Recuperação com ações realizada para curar ou minimizar danos causados pelas doenças e reabilitação de doenças com o objetivo de assegurar o bom padrão de saúde da comunidade, assim como estabelecer vínculos com as unidades secundárias para lograr uma assistencial integral e com qualidade, realizam se ações de promoção e prevenção nas escola das áreas de abrangência.

Temos uma grade dificuldade na UBS relacionada à área de abrangência. Os usuários são agendados para qualquer uma das duas equipes. Para superar isso, precisamos continuar trabalhando e organizar melhor o nosso atendimento e acompanhamento das doenças em nosso território.

Além disso, devido à falta de uma segunda especialidade para atenção básica no município, no momento a APS não conta com pediatra, ginecologista nem ortopedista. Há dificuldades na contratação desses especialistas para trabalhar nosso município.



Figura 1: UBS Brilhante.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

No município de Tabatinga há um total de 64 mil habitantes, incluindo a população flutuante entre os países Brasil-Colômbia-Peru, há 8 UBS, 14 equipe de saúde da família, uma equipe do NASF, disponibilidade de algumas especialidades, como ginecologia, ortopedista e cirurgia para as urgências, um hospital militar com disponibilidade de raio x, eletrocardiograma e laboratório clínico, uma unidade de pronto atendimento, maternidade, pronto socorro com ambulância do SAMU, um serviço de reabilitação, laboratório clínico, serviço de eletrocardiograma, ultrassonografia, mamografia, não tem disponibilidade de CEO.

Minha UBS se encontra na zona urbana, a mesma apresenta uma comunidade na zona rural, existe vínculo muito bom com o SUS, os usuarios são encaminhados para as especialidades disponível no município, se precisarem ou para Manaus, nos casos em que não exista disponibilidade, assim como internação hospitalar, UPA ou maternidade. A unidade apresenta vínculo com as instituições de ensino, o modelo de atenção é a ESF, há duas equipes, sendo que ambas são constituídas por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, e ACS em número 7 e 9. Além disso, há uma equipe de saúde bucal composta por odontólogo e auxiliar de consultório dentário, sala de vacina com dois técnicos de enfermagem, farmácia com uma auxiliar de farmácia, um recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

A unidade básica de saúde está a mais de um ano em construção. Até o momento encontra-se num local alugado, no Bairro Brilhante, composta por uma sala de espera, sala de triagem, farmácia, consultório do médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, recepção, sala de vacina e salão para os ACS. Ainda persistem muitas dificuldades, como por exemplo, falta de antropômetro para criança, não contamos com nebulizador, não existe uma autoclave de esterilização, não temos negatoscópio, falta de materiais para atividade educativa, falta de protocolo nos diferentes programas, falta de sistema de calibragem e monitoramentos dos equipamentos. Nós não trabalhamos com as áreas de abrangência, já que os usuários são agendados para qualquer uma das duas equipes. Não contamos com sala de reunião. Nossa coordenadora na UBS elaborou um relatório sobre as deficiências e dificuldades estruturais que se apresentam na unidade e encaminhou aos gestores municipais, com objetivo de buscarmos



algumas soluções e superar as fragilidades identificadas, para melhorar o serviço de saúde e a qualidade de vida e a satisfação das pessoas. Até o momento, os gestores não nos encaminharam uma resposta.

Os ACS de cada equipe possuem uma característica muito importante: moram na comunidade e estão vinculados à USF. Eles se destacam na comunidade pela capacidade de se comunicar com as pessoas, estão em contato de vigilância permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde da sua micro área, além de realizarem o mapeamento de sua área, cadastram as famílias e atualizam esse documento, identificam os riscos, orientam as famílias para utilização adequadamente dos serviços de saúde encaminhados até a UBS. Tudo isso os ACS realizam por meio de visita domiciliar e dessa forma, acompanham todas as famílias. Eles realizam pesagem das crianças, participam no programa de saúde escolar, participam ativamente junto à equipe de NASF, médico e enfermeira nas palestras. Desenvolvem ações de educação e vigilância à saúde, promovem a educação e a mobilização comunitária desenvolvendo ações de saúde coletiva de saneamento e melhora do meio ambiente, participam ativamente na campanha de vacina. Tanto médico quanto as enfermeiras realizam as consultas de atendimento para os diferentes programas, visitas domiciliares com seguimentos, priorizados para crianças, gestantes, idosos, usuários com doenças crônicas, acamados. Além disso, realizamos atividades educativas, palestras e reuniões das equipes com objetivo de programar o trabalho da semana.

Nossa área de abrangência abarca os bairros Cómara cubicada na zona rural, Brilhante e Portobrás na zona urbana. O total da nossa população é de 5.337 habitantes na área de abrangência, sendo que 2.526 são do sexo masculino e 2811 do sexo feminino, conforme segue abaixo representada na tabela por faixa etária e sexo:

Idade	<1	1-6	7-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60
Masculino	35	342	482	245	797	257	155	213
Feminino	51	334	486	288	928	266	209	249

Minha equipe atua com a comunidade da área Brilhante e apresenta 2.476. O tamanho do serviço para o tamanho da área adstrita é adequado.

A unidade desenvolve ações na área de pré-natal e puerpério, hipertensão e diabetes, crescimento e desenvolvimento, entre outras. A atenção à demanda espontânea, não há excesso, e as pessoas que buscam o serviço são atendidas pela médica e pela enfermeira quando necessário. A grande dificuldade para o manejo da demanda espontânea é que na UBS não contamos com materiais nem medicamentos que possam ser utilizados na atenção de urgências, o qual motiva aos usuários chegar diretamente à unidade de pronto atendimento.

Na faixa etária de 0-72 meses temos 439 crianças, programando as consultas de crescimento e desenvolvimento, um dia semanal, em dois turnos, e realizadas pelas enfermeiras, com acompanhamentos 213 crianças. Não contamos com registros específicos, só com os prontuários, as equipes encontram-se trabalhando na atualização do cadastro, realização do registro das crianças, proporcionando os cuidados das crianças de acordo com idade, alimentação adequada. Nós acreditamos que é muito importante a assistência das consultas de acompanhamento.

Utilizamos protocolo para eles como encaminhamento para atendimento nas especialidades e encaminhamento para serviços de pronto atendimento, todos os membros da equipe participam nas diferentes atividades de promoção de saúde para este grupo etário, pesagem das crianças com boa participação da população nestas atividades.

Nós fazemos acompanhamentos em todos os turnos para grávidas u dia na semana quanto para puérperas até 42 dias após do parto, segundo o caderno de ações programáticas, sendo que o número estimado de gestantes residentes na área é 53 e o número delas acompanhadas na unidade de saúde é 44. Assim, o indicador de cobertura é 82%. Já em relação ao puerpério, o número estimado de parto nos últimos 12 meses é 113, enquanto o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses é 95, isto é, o indicador de cobertura é 84%. Utiliza-se um protocolo e os profissionais que participam das ações são o médico e a enfermeira, proporcionando atenção de qualidade com objetivo de alcançar a captação precoce com exames complementares ou doenças crônicas. Elas todas apresentam fichas espelho, visando facilitar o nosso processo de

trabalho. Acreditamos que é muito importante a presença e a participação do parceiro nas consultas (maternidade paternidade consente), e isso devemos valorizar e inserir na nossa prática. Realiza-se atividade educativa sob alimentação adequada, cuidado das gestantes, importância dos antianêmicos orais, assistência às consultas, uso de camisinha para evitar as DST, padrão contrátil, esquema de vacina, atendimento odontológico e aleitamento materno. Uma vez que as puérperas são regressadas da maternidade, elas são informadas ao município e daqui a UBS onde são visitadas pela equipe em questão, orientando os cuidados tanto para a puérpera quanto o recém-nascido e o dia da primeira consulta. Nessa visita realizada pela equipe durante a primeira semana de alta, realiza-se orientações sobre o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Caso alguma dessas situações ocorrerem, orientamos entrar em contato com o serviço de saúde. Além disso, verificamos como foram as condições do atendimento do parto, orientamos sobre os cuidados, se agenda consulta até os 42 dias após o parto, se orienta sobre aleitamento materno, o planejamento familiar, realiza exame físico geral da puérpera e ginecológico, continua com o uso de sulfato ferroso. Orienta-se que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização, sempre educando em quanto ao uso de anticoncepção.

Nós apresentamos grande dificuldade em relação à realização das mamografias, tanto para agendamento, como para acompanhamento de 100% de mulheres de 50-69 anos do programa. Não existe registro, não se realiza monitoramento regular destas ações. O câncer de colo uterino é outro dos grandes desafios na UBS. Realizamos em apenas 1 dia da semana em dois turnos o exame preventivo nas mulheres de 25-64 anos. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, a nossa cobertura está muito baixa, de um total de 1.036 mulheres cadastradas, acompanhadas só temos 531. As mostra são enviadas para Manaus e os resultados chegam aproximadamente em 3 meses, outros não chegam, motivos para que muitas mulheres realizem seu exame em clínicas privadas ou em outro país como: município Leticia, Colômbia. Não existe um registro de citopatológico alterado e não tem acompanhamento, já que não temos ginecologista, as mulheres tem que repetir o exame, mas não existe esse registro, algumas das mulheres com exames alterados nega-se a viajar para Manaus ao

seguimento por falta de dinheiro, porque não desejam ou porque não tem familiares morando lá.

Nós realizamos também um acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes, por meio da verificação dos resultados dos exames de controle, garantindo a compensação da doença e facilitando o acesso da disponibilidade do tratamento de forma regular. Não existe registro específico de estas doenças, se realizam ações de promoção, encaminhados ao nutricionista, com orientação nutricional e prática de exercício físico, não existe protocolo na UBS. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes temos que continuar com a busca ativa dos casos novos para um controle da mesma, fazer palestra das doenças aos ACS, para mantê-los capacitados, de acordo com os protocolos e melhorar a qualidade do acompanhamento no domicílio.

A maioria dos idosos apresentam são pessoas com hipertensão e/ou diabetes, com igual seguimento e acompanhamento na UBS. Na saúde do idoso não apresentamos registros nem protocolo para o acompanhamento dos idosos. Temos muita dificuldade nos indicadores de qualidade, já que não contamos com a caderneta de saúde da pessoa idosa, além da avaliação multidimensional rápida, com um total de 462 idosos cadastrado, deles 231 apresentam HAS e 109 DM.

Segundo os dados do caderno de ações programática, o número de idosos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde é 462. Os maiores desafios são a continuidade do trabalho das equipes com a facilidade de oferecer melhor serviço com maior qualidade, aumentando as ações de promoção e prevenção cada dia mais, mudar modo e estilo de vida, atualizar o registro para cada programa levando um maior controle e estabelecendo prioridades de acordo às deficiências e dificuldades.

Na nossa UBS temos uma boa equipe de saúde bucal tendo prioridade no atendimento às pessoas idosa, gestante e as urgências, levando ao cumprimento de todos os indicadores no serviço; com a orientação de uma alimentação saudável, orientação bucal de 0 a 5 anos, saúde escolar, atenção de 15 a 59 anos exceto gestantes e continuar trabalhando nas comunidades com os ACS comprometido a elevar o número de procedimentos clínicos recomendado pelo ministério de saúde e melhorar os indicadores.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Analisando o primeiro texto sobre qual é situação da ESF/APS em meu serviço percebo que tive ao início um conhecimento escasso sobre a verdadeira situação da unidade onde eu trabalho. Durante todas as atividades programadas por parte da especialização, o preenchimento dos questionários e as questões reflexivas foi possível observar com mais detalhes a realidade da unidade. Posso dizer que a análise situacional foi de grande importância para conhecer profundamente a estrutura da UBS, o trabalho realizado pela equipe de saúde, os programas existentes e as dificuldades existentes no serviço, assim como as características da população.

Nesta unidade não houve mudanças nem estruturais nem funcionais devido a que estamos alugados num local adaptado, o qual é muito distante de ser uma Unidade Básica de Saúde. Durante o desenvolvimento das tarefas e atividades feitas durante a especialização observa-se mais detalhadamente o funcionamento da unidade, as limitações do trabalho para fazer medicina familiar, impossibilidade de ter atividades com a comunidade e a impossibilidade do desenvolvimento de muitos dos programas do Ministério da Saúde adequadamente.

Ademais existe uma maior visão da realidade da situação da unidade, avaliada por dados numéricos e qualitativos que deixa ver as possíveis soluções para melhorar a atenção à população, permitindo elaborar estratégias para melhorar meu trabalho e oferecer uma melhor atenção à população.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A HAS e a DM pode apresentar inúmeras complicações, tais como infarto agudo do miocárdio, dislipidemia, acidente vascular encefálico e amputações, são importantes causas de morbidade, internações e mortalidade e gera altos custos econômicos. Elas apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, sendo consideradas um dos principais fatores de riscos modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. De acordo com o sistema de informações sobre mortalidade do ministério de saúde de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país (BRASIL 2012). Um dos principais agravos que acometem a população na atualidade são as doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Estas patologias são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, e altos custos para os sistemas de saúde. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS e o DM na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Nossa UBS reside em um local alugado, onde certamente não está estruturado adequadamente e com muitas dificuldades, tanto devido à estrutura quanto em

relação aos equipamentos e materiais necessário para um bom funcionamento. Na UBS há uma sala de espera, sala de triagem, recepção, farmácia, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de vacina, salão para os ACS, cozinha e banheiro. Está integrada por duas equipes de saúde e uma equipe de saúde bucal.

A área de cobertura da UBS Brilhante, abrange um grande número populacional com 5.337, as áreas de abrangência 11 e 13 envolve 16 micros áreas, sendo assim divididas: 14 micros áreas urbanas e duas rurais. Nosso município tem uma grande dificuldade dada a presença da tríplice fronteira (Brasil-Colômbia-Peru), onde fluxo populacional é muito grande. Os bairros que estão sob a cobertura da estratégias são: Brilhante, Portobrás e Cómara, sob nossa cobertura temos Igrejas evangélicas e católicas, escolas e centros comunitários. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, os indicadores de cobertura da atenção à pessoa com HAS e/ou DM são, respectivamente, 28% e 42%. Os números de pessoas com HAS e/ou DM residentes na nossa área de abrangência e acompanhados pela UBS são, respectivamente, 261 e 114 com uma estimativa pela planilha coleta de dato de 812 hipertensos e 200 diabéticos, considerando que o número é muito maior e a importância de manter o controle nestas doenças para evitar suas complicações decidimos escolher esse foco. Devido a estas mudanças a atenção primária a saúde necessita de uma nova reordenação dos serviços prestados aos usuários. A qualidade da atenção à saúde dessa população alvo é boa e continua melhorando, considerando que a UBS é uma das portas de entrada do sistema único de saúde (SUS), o que configura como grande responsável na resolutividade dos problemas neste nível, planejando as consultas e visitas domiciliares por protocolo assim como a educação dessas pessoas sob suas doenças. A adesão dessa população atendida é boa, pois o grau de aceitação das orientações sob o regime terapêutico é muito aceitável, permitindo o planejamento de atividades educativas direcionadas a mudar o estilo de vida. As ações de promoção de saúde se realizam nas comunidades ou na UBS, oferecendo conversas sobre os riscos e complicações das doenças, a importância do acompanhamento em consultas regularmente, cumprimento direto do tratamento, como levar uma alimentação adequada, a importância da pratica de exercícios físicos, se realizam caminhadas, visitas domiciliares desenvolvidas pelos ACS são oferecidas orientações de promoção. O número de usuários com estas

doenças de caráter crônico, em nossa UBS, é cada vez maior, o que a configura como responsável na resolutividade dos problemas neste nível.

No momento, a ação programática está implementada, todas as equipes estão trabalhando na atualização do cadastro, dos registros existente e melhorando a qualidade. As maiores dificuldades estão relacionadas com a falta de aparelho para aferir a pressão arterial e medida da glicose capilar. Todos os integrantes da UBS temos o comprometimento para garantir a melhora da qualidade de vida dos usuários portadores dessas doenças. O acompanhamento adequado das pessoas com HAS e/ou DM deve ser prioridade da atenção primária, por meio de diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção, a abordagem multidisciplinar e ações de engajamento público. Espera-se maior adesão das pessoas às mudanças do estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo, da HAS e DM e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde. A estratégia de saúde da família nos permite vivenciar grandes oportunidades para o desenvolvimento de um sistema único de saúde genuíno, apesar das dificuldades e barreiras que são encontradas no cotidiano. Diariamente enfrentamos desafios e recompensas também por meio da realização de trabalhos que permitem prevenir os agravos de saúde ao perceber que um usuário com HAS e/ou DM está com a pressão arterial controlada e/ou uma glicose capilar nos parâmetros normais. É de extrema importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção no contexto da promoção em saúde, em especial no que se refere a usuários com HAS e/ou DM, para superar as fragilidades mencionadas acima, (re)organizar o processo de trabalho da equipe e consequentemente obter melhores resultados sanitários na comunidade.



## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM residentes na área da UBS Brilhante, Tabatinga-AM.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1. Ampliar a cobertura de Hipertensos e/ou Diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.
3. Melhorar a adesão de pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

2.3- Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

2.4- Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.9- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Brilhante no Município de Tabatinga, AM. Partindo da estimativa pela planilha de coleta de dados quanto ao número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica com 20 anos ou mais residentes na área foi de 812 e 200 para Diabetes Mellitus. Participarão da intervenção as pessoas com 20 anos ou mais com HAS e/ou DM, residentes na nossa área de abrangência.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A médico será o responsável por essa ação de monitoramento todas as semanas nas reuniões efetuadas na UBS.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa.

Detalhamento: A médica será o responsável por essa ação de monitoramento e serão preenchidas as fichas espelhos para esse fim pelo mesmo.

- Melhorar o acolhimento para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Todas as semanas serão acolhidos 100% dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes com atendimento agendado para consulta e cadastrados pelos agentes comunitários da área de abrangência.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade básica de saúde.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O esfigmomanômetro analógico já está disponível nos consultórios de enfermagem e médico, e as fitas para realização de hemoglicoteste também estão disponíveis na Unidade. Estaremos buscando junto à gestão, caso falem ou apresentem defeito. Estes procedimentos serão feitos em todas as consultas.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas em cada consulta e nos grupos educativos pelas equipes de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizada a capacitação dos ACS e da equipe nas reuniões de equipe todas as segundas feiras à tarde, no horário de 3:00h às 5:00h.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será realizado pela médica em consulta em todos os usuários com Hipertensão e/ou Diabetes e serão documentados nas fichas espelhos.

#### Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: essas atribuições serão definidas nas reuniões de equipe realizadas toda a semana na unidade básica de saúde.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: As capacitações da equipe serão feitas nas reuniões todas as semanas nas segundas feiras à tarde com todos os integrantes da equipe de saúde liderada pela médica.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A atualização dos profissionais da equipe será feita semanalmente nas reuniões de equipe, com avaliação dos resultados da semana anterior e as metas para a semana próxima.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Já está disponível na ESF o protocolo para atendimento de pessoas com hipertensão e diabetes disponibilizados pelo Ministério da Saúde com data de 2013.

#### Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de as extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Nas conversas no grupo e palestra serão feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentação de imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens para que os usuários tirem dúvidas.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Serão capacitados todos os profissionais da equipe de saúde para a realização do exame clínico nos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o responsável pela capacitação será a médica da equipe.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame dos pés das pessoas com diabetes serão feito pela médica em consulta e as informações preenchidas na ficha espelho de cada usuário.

#### Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: quanto às atribuições, os ACS realizarão acompanhamento mediante visitas domiciliares das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes e realizaram o preenchimento dos dados nas fichas espelho de cada um, bem como o acompanhamento das pessoas faltosas. A enfermeira fará avaliação e monitoramento dos dados tomados pela técnica de enfermagem a todos as pessoas com hipertensão e diabetes. A médica da equipe acolherá em consultas diárias de segunda a sexta a todas as pessoas com hipertensão e diabetes com consulta agendadas prévia, demanda espontânea ou aquelas solicitadas pelo ACS de acordo com a necessidade dessas pessoas.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: A médica da equipe de saúde será o responsável por organizar a capacitação dos profissionais da equipe, ACS, enfermeira, técnica de enfermagem e todos os outros em palestras semanais nas segundas feiras à tarde na ESF.

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Detalhamento: Será solicitado ao Gestor o monofilamento 10 g para o exame dos pés das pessoas com diabetes.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: estas pessoas serão agendadas mediante coordenação do ACS e médico da equipe com 3 consultas priorizadas todos os dias de segunda a sexta no horário da manhã para pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

- Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: os usuários encaminhados pela médica da equipe de saúde estarão com a devida referência para atendimento especializado. Será solicitado ao gestor e coordenação para melhorar a contra-referência destas pessoas quando necessitarem de consulta especializada.

#### Engajamento público

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão orientados em palestras pela médica da equipe nas reuniões mensais com os grupos de hipertensão e diabetes quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: A médica capacitará a equipe toda em nas reuniões realizadas toda as semanas sobre a realização do exame apropriado dos pés em pessoas com diabetes.

Metas 2.4 e 2.5: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e periodicidade recomendada.

Detalhamento: Serão indicados pela médica exames complementares a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas em consultas, bem como, monitoradas.

#### Organização e gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares.



Detalhamento: Será garantido e providenciado pela médica as indicações de exames complementares a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes atendidas em consulta.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A realização de exames complementares será garantida com a rede de laboratórios do município e Hospital Militar.

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Serão estabelecidos sistema de alerta para os exames complementares preconizados pelo ministério da saúde com os registros nas fichas espelhos.

#### Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão realizadas palestras mensais com os grupos de hipertensão e diabetes por todos os integrantes da equipe de saúde sobre a importância da realização dos exames laboratoriais e sua periodicidade.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Serão feitas capacitações para a equipe toda sobre a solicitação dos exames complementares todas as segundas feiras de tarde.

Metas 2.6 e 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Serão providenciados e monitorados na farmácia popular/hiperdia todos os medicamentos indicados pela médica para cada pessoa com diabetes e hipertensão.

### Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será feita pela técnica em farmácia da equipe o monitoramento semanal do estoque de medicamentos e data de validade, assim como a solicitação dos medicamentos à secretaria de saúde quando necessário.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: Serão preenchidos pela técnica em farmácia no prontuário eletrônico da farmácia e na ficha espelho de cada pessoa com hipertensão e diabetes.

### Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras mensais com os grupos realizados em salão de reuniões da ESF com a equipe de saúde, com a técnica de farmácia como orientadora.

### Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será feita capacitação sobre os tratamentos atualizados de pessoas com hipertensão e diabetes a todos os integrantes da equipe de saúde nas segundas feiras à tarde pela médica.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A técnica em farmácia fará capacitação da equipe de saúde sobre a orientação as pessoas com hipertensão e diabetes para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia.

Metas 2.8 e 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Serão encaminhadas para atendimento odontológico pela médica da equipe todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Serão encaminhadas para atendimento odontológico pela médica da equipe todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta para serem atendidas pela dentista do posto, segundo sua capacidade de agendamento.

#### Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras mensais com os grupos realizados em salão de reuniões da ESF com a equipe de saúde acerca da importância da avaliação e prevenção da saúde bucal.

#### Qualificação da prática clínica

- Realizar a capacitação de toda a equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: A equipe será capacitada em palestra sobre a importância do atendimento odontológico e prevenção das doenças da boca em pessoas com

hipertensão e diabetes, segundo o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde para essas doenças disponível em versão impressa na ESF.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será monitorado pela médica e pela equipe o cumprimento das consultas e sua periodicidade, segundo o protocolo de atendimento para pessoas com hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Serão feitas visitas domiciliares pelos ACS para a busca das pessoas faltosas à consulta segundo resultados semanais fornecidos em reuniões. Serão acompanhadas as visitas domiciliares na busca das pessoas faltosas pela médica e enfermeira da equipe de saúde todas as quintas-feiras de tarde.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão disponibilizadas pela médica cinco consultas diárias para as pessoas faltosas com hipertensão e diabetes identificadas pelos ACS com data e hora do agendamento.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Será informado nos encontros mensais com os grupos de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a importância da realização das consultas. Estes serão ouvidos nos encontros mensais com os grupos de hipertensão e diabetes quanto às estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes, se houver número excessivo de faltosos.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão feitas palestras mensais com grupos de hipertensão e diabetes abordando a importância da periodicidade das consultas segundo protocolo do Ministério da Saúde, bem como quanto aos seus benefícios para um melhor seguimento e qualidade de vida.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será feita capacitação dos ACS sobre a importância da periodicidade das consultas segundo protocolo do Ministério da Saúde, bem como quanto aos seus benefícios para um melhor seguimento e qualidade de vida.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Será monitorado pela equipe todo preenchimento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes, através do prontuário do e-SUS e das fichas espelhos fornecidas e impressa pela Gestão de Saúde do município.

#### Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: Será preenchida e atualizada as informações do SIAB/e-SUS de todas as pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da ESF, segundo os protocolos do Ministério da Saúde.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Serão implantadas fichas de acompanhamentos a todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta e pela equipe toda.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Serão pactuados com a equipe todos os registros das informações obtidas em consultas e visitas domiciliares, com respectiva análise nas reuniões das quinta feiras pela tarde.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O responsável pelo monitoramento dos registros de informações será a médica da equipe de saúde.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Serão analisados nas reuniões semanais os dados sobre pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas, assim como, quanto ao atraso da realização dos exames complementares. Também será avaliada pela equipe nestas reuniões o comportamento da realização da estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, além do estado de compensação da doença, sendo o responsável principal a médica da equipe de saúde, a partir de dados que serão providenciados pelos ACS em visitas domiciliares semanais às pessoas com hipertensão e/ou diabetes que tenham sido avaliadas em consulta médica.

#### Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes serão informadas mediante palestras em reuniões de grupos com periodicidade mensais na ESF, pela médica e enfermeira no momento da consulta, pelos ACS e por todos os integrantes da equipe de saúde sobre a manutenção de seus registros de saúde e seus direitos de acesso a segunda via se necessário.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e diabética

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde toda será capacitada pela médica da equipe sobre o preenchimento dos registros adequados e necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes e sobre o preenchimento dos registros adequados e necessários ao acompanhamento destas pessoas em consulta.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Será monitorado através do registro nos prontuários do SIAB/e-SUS e fichas espelho das pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas reuniões das segundas feiras de tarde pela equipe toda.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão priorizados os atendimentos segundo demanda de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco pela médica da equipe de saúde.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Todas as pessoas com hipertensão e diabetes serão informadas mediante palestras em reuniões de grupos com periodicidade mensais na ESF sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pela médica da equipe em palestra sobre o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis na primeira reunião de equipe na ESF.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão informadas em palestras na ESF sobre a importância de uma alimentação saudável. Estas serão encaminhadas pela médica da equipe à consulta com nutricionistas da rede de saúde do município para seu melhor acompanhamento nutricional.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizadas na ESF nos dias de reuniões com os grupos de pessoas com hipertensão e diabetes com periodicidade mensais para falar sobre as práticas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.



Detalhamento: Será solicitada pela médica da equipe ao Gestor a parceria para envolver nutricionistas da rede municipal nesta atividade.

#### Engajamento público

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares serão orientadas em palestras com os grupos na ESF sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada através de palestras realizadas pela médica da equipe as segundas feiras à tarde todas as semanas, sobre alimentação saudável e específica para pessoas com hipertensão e diabetes e sobre metodologia de educação em saúde.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras pelos integrantes da equipe de saúde nos encontros mensais na ESF sobre os benefícios da prática de atividade física regular e a participação sistemática as atividade realizada pela equipe do NASF mensais.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão organizadas práticas coletivas para orientações sobre atividade física nos encontros com grupos de pessoas com hipertensão e diabetes com periodicidade mensais na ESF.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Solicitar junto com o gestor municipal o envolvimento de educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada ao Gestor a possibilidade de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas orientações sobre atividade física e prática da mesma para pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Engajamento público

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas pela equipe de saúde na ESF nas visitas domiciliares sobre a importância da atividade física regular, inclusive da sua importância para o tratamento da hipertensão e diabetes.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada com palestras pela médica da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular nas reuniões das segundas feiras à tarde todas as semanas pela médica.

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pela médica da ESF sobre metodologias de educação em Saúde nas reuniões de equipe.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão orientadas todas as pessoas com hipertensão e diabetes sobre riscos do tabagismo mediante palestras nos grupos de hipertensão e diabetes mensais, que são feitos na ESF pela médica e equipe.

#### Organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde

Detalhamento: Será solicitada ao Gestor a adesão ao programa de controle do tabagismo do ministério da saúde.

#### Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas serão orientadas sobre a existência de tratamento na rede de saúde para abandonar o tabagismo.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pela médica da ESF para o tratamento de pessoas tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde. Será solicitada ao Gestor a possibilidade de parcerias institucionais para a capacitação da equipe sobre este tratamento e sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será monitorado semanalmente pela medica no registro da ficha espelho a realização de orientação sobre higiene bucal das pessoas com hipertensão e diabetes.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: A consulta para as pessoas com hipertensão e diabetes será de no mínimo 15 minutos, para garantir a qualidade e as orientações em nível individual.

#### Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares serão orientadas mediante palestra pelos integrantes da equipe nas reuniões de grupos mensais sobre a importância da higiene bucal. Solicitar ao Gestor a implementação da carga horária do dentista da ESF no horário da tarde para melhorar a cobertura do atendimento.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada nas reuniões de segundas feiras a tarde todas as semanas, a fim de oferecer orientações sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes. Será solicitada ao Gestor parcerias para oferecer orientações de higiene bucal por pessoal especializado.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de usuário com diabetes mellitus na área de abrangência cadastrado na unidade básica de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.8- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.9- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.



Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.4- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.5- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção à pessoas com HAS e/ou DM, utilizaremos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e de Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Os dados obtidos por meio dos registros e prontuários disponíveis na UBS serão anotados na ficha espelho disponibilizada pela UFPel e

logo em seguida serão consolidados na planilha de coleta de dados, visando monitorar e avaliar a nossa intervenção. Queremos alcançar com a intervenção 70% das pessoas com HAS e/ou DM residentes e acompanhadas na nossa unidade. Faremos contato com o gestor municipal para providenciar os recursos que forem necessários como: fita métrica, esfigmomanômetro, manguitos, matérias para hemoglicoteste, monofilamento etc., e para imprimir as fichas espelho que serão anexadas ao trabalho.

O acolhimento das pessoas com HAS e/ou DM será realizado diariamente na unidade de saúde. Aquelas pessoas com HAS e/ou DM que precisar de atendimento imediato será garantido a avaliação com a enfermeira e a médica em demanda espontânea, enquanto as demais pessoas serão agendada as consultas conforme protocolo do Ministério da Saúde. Caso essas pessoas faltarem, os ACS realizarão busca ativa com o intuito de verificar o caso. Para essas pessoas que faltaram da consulta bem como outras que os ACS identificaram como sendo uma possível pessoa com HAS e/ou DM uma vaga na agenda será priorizada.

Após as avaliações realizadas pela enfermeira e médica, os dados procedentes dos prontuários e do livro registro serão anotados na ficha espelho pela enfermeira e a medica. No último dia da semana, esses dados serão consolidados na planilha de coleta de dados pela médica, com o objetivo de realizar o monitoramento e a avaliação da nossa intervenção.

Com o intuito de qualificar a prática clínica a enfermeira e a medica se responsabilizarão pelas ações nesse eixo, semanalmente, na unidade da saúde. Para isso será necessário utilizar, os registro da UBS, ficha espelho, ficha de acompanhamento, planilha de coleta de dados, e protocolo utilizado para o programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Esses materiais serão providenciados através do gestor municipal. A enfermeira e a medica realizarão palestra e roda de conversa com as equipe, onde irá analisar todas as ações realizadas durante a semana de cada micro áreas.

Para as ações de engajamento público, os ACS, na primeira semana, assistirão as escolas, igrejas, e nos centros comunitários onde conversarão com os principais responsáveis de cada identidade com o objetivo de explicar sobre a intervenção e acerca dos temas que serão desenvolvidos. Lá na comunidade, por meio dos líderes comunitários e os ACS, serão convidados a população maior de 20 anos nas diferentes micro áreas realizando-se rodas de conversas, de forma tal que

seja compreensível na comunidade, semanalmente. Será apresentado materiais educacional sobre alimentação saudável, prática de atividade física, risco de tabagismo, etc., oferecidos pelo gestor municipal da saúde.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Todas as ações previstas para nosso projeto foram desenvolvidas, com maior ou menor grau de dificuldade.

Nossas equipes participaram ativamente em 100% de todas as atividades programadas, depois de ser capacitados em relação ao trabalho no processo da intervenção. O entusiasmo e o estímulo de todos também foi favorável para a realização das ações, além da facilitação do gestor municipal quanto à obtenção dos materiais e recursos necessários. Ademais, a busca ativa dos usuários integralmente em todas as comunidades teve o apoio entre as equipes e o NASF, participando ativamente nas coletas dos dados.

Com relação aos registros dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa, encontramos um pouco de dificuldade, pois não há um suporte digital na UBS. Mas com a ajuda da equipe utilizamos os materiais necessários para levar os dados até a PCD digital disponibilizada pelo curso.

Tivemos dificuldade para realizar os exames laboratoriais durante todo o período da intervenção, pela falta de logística necessária.

Muitas vezes o atendimento odontológico teve uma espera longa por contar com só uma ESB para a UBS, além de fazer o cumprimento de todos os programas neste serviço, mas as pessoas com hipertensão e diabetes foram avaliadas pela médica e enfermeira ao 100 % com encaminhamento nos casos precisos para a equipe de saúde bucal.

Apresentamos algumas dificuldades com o clima, foram muitos dias de chuva nos diferentes turnos que impossibilitaram chegar até as comunidades, além

dos últimos dias no mês de dezembro que o pessoal das equipes estiveram de recesso. Acho que logramos um bom trabalho.

A presença do NASF para o apoio à nossa UBS e nas atividades realizada na comunidade com os usuários foram fundamentais para alcançarmos bons resultados bem como fortalecermos os princípios e as diretrizes do SUS.

Tivemos problemas também para garantir os medicamentos necessários para o programa nas primeiras semanas, contudo mobilizamos o gestor do município e conseguimos resolver o problema, garantido todos os medicamentos que precisamos para o programa de atenção ao usuário com HAS e/ou DM. No momento, já foi resolvido 90% da dificuldade dos medicamentos neste programa.

As avaliações do risco cardiovascular foram realizadas pela médica nas consultas a todas as pessoas com 20 anos ou mais hipertensas e diabéticas mas não contamos com um cardiologista para avaliar as pessoas com alterações nos exames e que precisaram de uma atenção secundária, os exames laboratoriais ainda continuam com dificuldades para ser incorporada na rotina do serviço, pois há ausência de insumos necessários.

Nós continuamos junto à SEMSA para fazer garantir que todos os usuários tenham a oportunidade de ter uma avaliação completada.

Nós temos o controle dos usuários com HAS e/ou DM para garantir o plano de tratamento. Além disso, monitoramos os retornos das consultas na periodicidade estabelecida por meio do protocolo e seus exames laboratoriais. Nós também incorporamos um adequado acolhimento graças ao melhor conhecimento por todos os envolvidos na qualificação da atenção às pessoas com HAS e/ou DM em nossa UBS.





Figura 1: Foto da equipe do NASF em atividade com pessoas com HAS e/ou DM.



Figura 2: Foto do NASF nas ações de engajamento público.



Figura 3: Foto de busca ativa na comunidade



Figura 4: Foto de atendimento clínico.





Figura 5: Foto de atendimento clínico e realização de exames.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Tivemos dificuldade de encaminhamento para algumas especialidades pela falta de atendimento especializado em nosso município. Estivemos sem cardiologista, por exemplo, o que dificultou a avaliação de alguns hipertensos e diabéticos pela especialidade. Muitas vezes não dispomos de recursos financeiros para o transporte de usuários até Manaus, não foi possível a compra de medicamentos para o abandono do tabagismo além não temos uma consulta com recursos para tratar esta doença no município.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Nos deparamos com algumas dificuldades no início da intervenção, como por exemplo, a coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento

das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. No entanto as fichas espelho e a planilha de coleta de dados nos ajudaram a organizar as informações da intervenção. As fotografias foi uma ferramenta importante para mostrar o trabalho que foi realizado.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

De fato, já foram incorporadas quase todas as ações ao trabalho diário em nossa UBS, mesmo após a finalização da intervenção, continuamos com a busca dos usuários com HAS e/ou DM.

A unidade possui condições que favorecem o desenvolvimento das atividades e que poderiam garantir a efetividade do programa, mas precisam-se realizar algumas modificações importantes tratando-se primeiramente do que a UBS é um local adaptado.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada durante 12 semanas na UBS Brilhante abordou o tema relacionado com a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. Participaram os usuários com 20 anos e mais residentes na área de abrangência da nossa unidade de saúde.

Para realizar a nossa intervenção, utilizamos as estimativas da planilha de coleta de dados (PCD), uma vez que elas retratam melhor a nossa realidade e também nossos registros não eram atualizados e portanto não fidedignos para utilizarmos. Assim, após inserir na PCD o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangências (5.337), as estimativas geradas foram, respectivamente, para pessoas com 20 anos ou mais com HAS 812, enquanto que para DM, 200.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos as metas de cobertura para a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM em 70%. Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também a equipe apresentava inúmeras fragilidades quanto à organização do processo de trabalho.

Considerando as estimativas da PCD, os nossos indicadores de cobertura antes da intervenção, para a atenção à saúde da pessoa com HAS era de 32,1% (261) e de DM de 57% (114).

Os objetivos principais desse trabalho foram ampliar e qualificar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM. Para isso, foram realizadas inúmeras ações com a participação da equipe, da comunidade e da gestão.

O número de pessoas com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência e com HAS que participaram da intervenção foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 225, 310 e 425. Já o número de pessoas com DM foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 92, 130 e 146. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo os objetivos e as metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas com HAS no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% das pessoas com DM no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Em relação à meta 1.1, o número total de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, foi, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 225 (27,7%), 310 (38,2%) e 425 (52,3%).

Quanto a meta 1.2, os indicadores de cobertura alcançados no primeiro, segundo e terceiro mês, foram, respectivamente, 46,0% (92), 65,0% (130) e 73,0% (146).

As metas não foram atingidas para as pessoas com HAS, pois no primeiro e terceiro mês a realização das atividades previstas em nosso projeto foram afetadas pela presença de condições climáticas desfavoráveis, intensas chuvas, alagamentos, estragos das carreiras, não disponibilidade de transporte para deslocamento dos usuários a UBS e problemas na estrutura da própria unidade. Além disso, o terceiro mês coincidiu com a data de natal e ano novo, momentos que todos os ACS tiveram uma semana de recesso.

Esses fatos impossibilitaram o adequado acesso dos usuários do programa à unidade de saúde, a busca de faltosos a consultas pelos ACS, a atualização do cadastro, visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde para a divulgação do funcionamento do programa e ações que estávamos realizando com a implementação deste projeto.

Por outra parte, devemos reconhecer a situação geográfica existente em nossa área de abrangência, onde grande por cento dos usuários do programa moram em comunidades muito afastadas da unidade e não tem meio de transporte para se deslocar.

Essas situações ocorridas diminuíram em grande medida o fluxo de usuários, prejudicando assim, os resultados de nossos indicadores de cobertura e o alcance de nossas metas propostas.

Já no segundo e terceiro mês, tivemos um incremento do fluxo de usuários, uma vez que conseguimos realizar o maior número de atendimentos na unidade e durante as visitas domiciliares, obtendo avanços positivos neste importante indicador que nos colocou mais perto de nossas metas propostas.

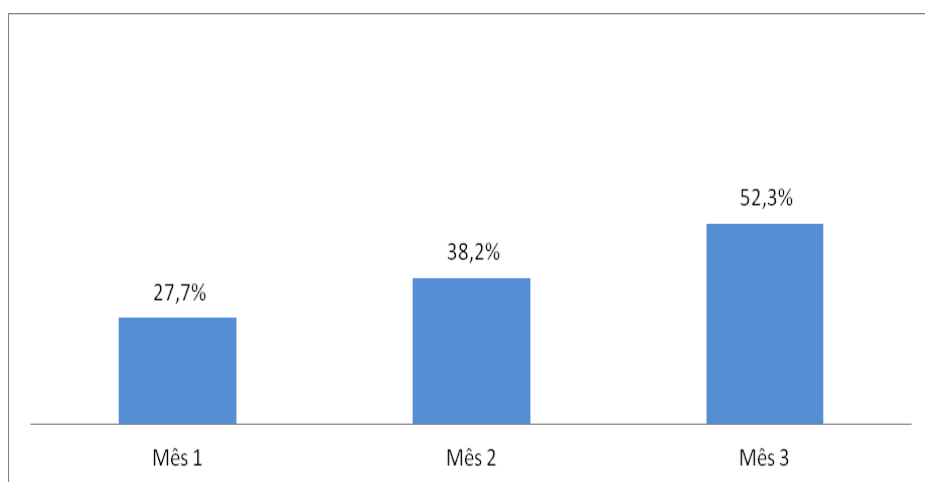


Figura 6: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

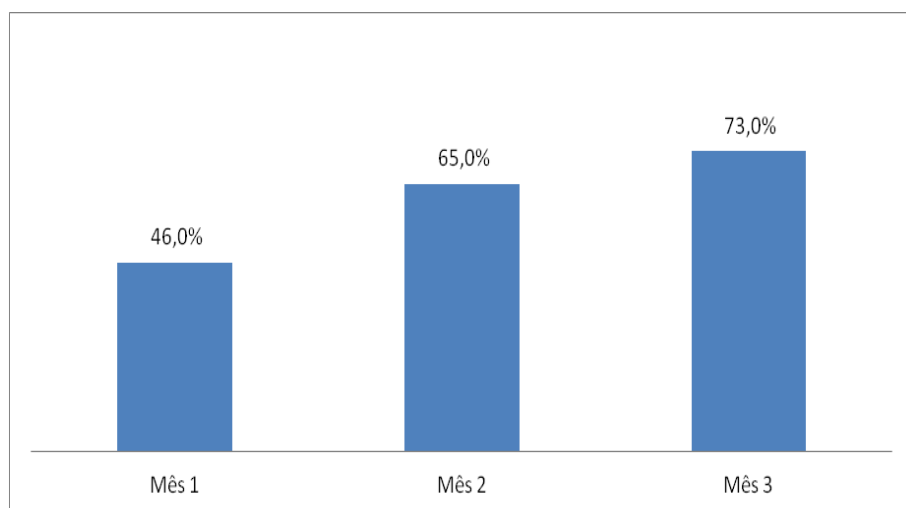


Figura 7: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 161 (71,6%), 309 (99,7%) e 425 (100%).

Em relação às pessoas com DM, no primeiro, segundo e terceiro mês, o número foi, respectivamente, 70 (76,1%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

No primeiro mês, não atingimos as metas propostas, devido aos erros no preenchimento da PCD por má interpretação na hora de completar a planilha de coleta de dados e em outros casos ainda preenchidos corretamente ao 100 % o resultado não foi compatível e não deixa de ser importante que nós iniciamos trabalhando com os usuários que já tinham sido identificados pelo ACS. No segundo e terceiro mês, os registros foram preenchidos com a qualidade requerida, se completaram as ações que faltaram no retorno do usuário à unidade e, assim, tivemos um incremento desses indicadores.

Para melhorar esses indicadores na gestão do serviço, definimos o papel que correspondia a cada profissional na realização do exame clínico apropriado em 100% desses usuários. Nós programamos e realizamos a qualificação da prática clínica para todos os profissionais da equipe, principalmente com o foco em relação a importância de realizar esse exame e a periodicidade conforme aos protocolos estabelecidos, atividades que daremos continuidade nos próximos meses.

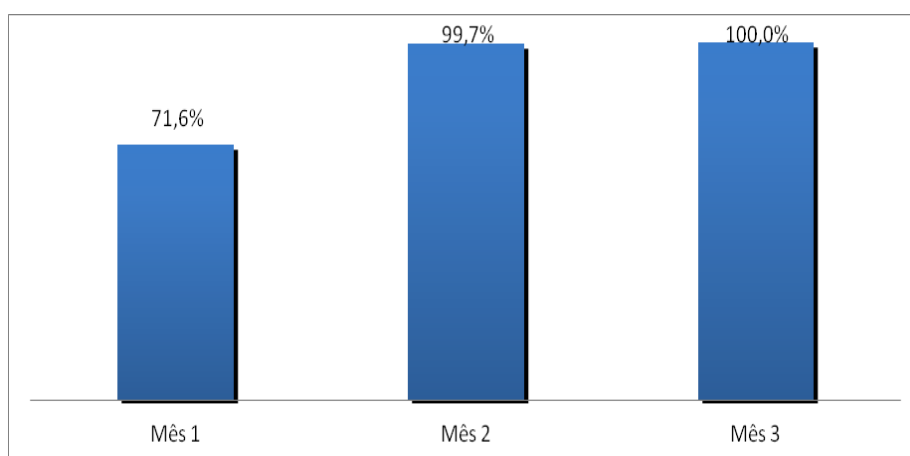


Figura 8: Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.



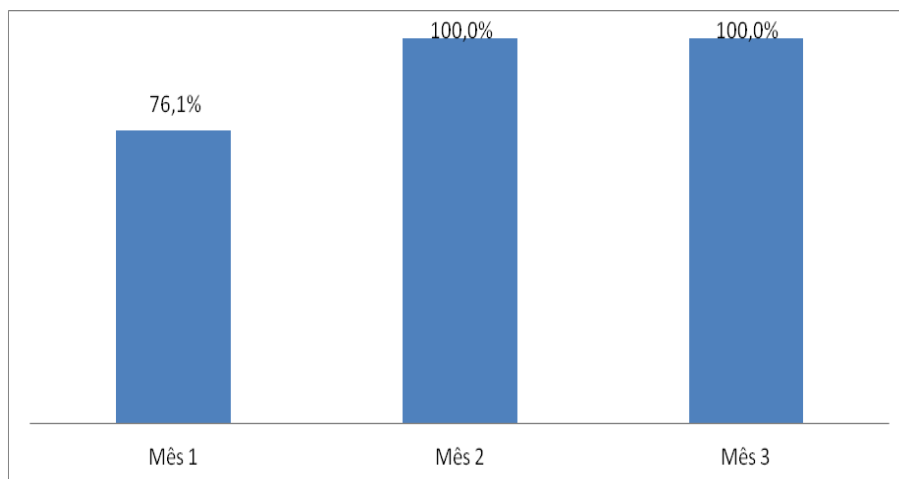


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

O número de pessoas com DM com exames dos pés em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 51 (55,4%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

No primeiro mês o indicador não atingiu a meta proposta, devido à mesma justificativa apresentada acima, nos indicadores 2.2 e 2.2. Mas no segundo e no terceiro mês, conseguimos alcançar essa meta.

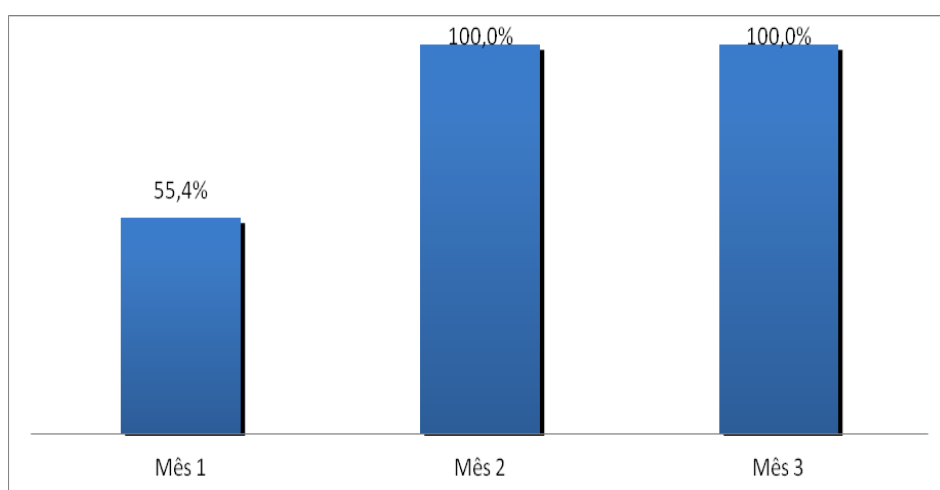


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com Diabetes a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com exames complementares periódicos em dia foi, respectivamente, 123 (54,7%), 277 (89,4%) e 416 (97,9%).

Quanto às pessoas com DM, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês, foi respectivamente, 56 (60,9%), 119 (91,5%) e 142 (97,3%).

Não foi possível alcançar a meta proposta no primeiro mês do indicador 2.4, já que contamos com laboratório no município, mas a demanda foi muito maior e os usuários precisam se deslocar das comunidades muito distante para realizar os exames.

No segundo e terceiro mês a enfermeira de atenção básica coordenou para estabelecer prioridade no laboratório para essas pessoas, dando a oportunidade que um grande número de usuários realizassem seus exames, favorecendo também o incremento deste indicador no segundo e no terceiro mês.

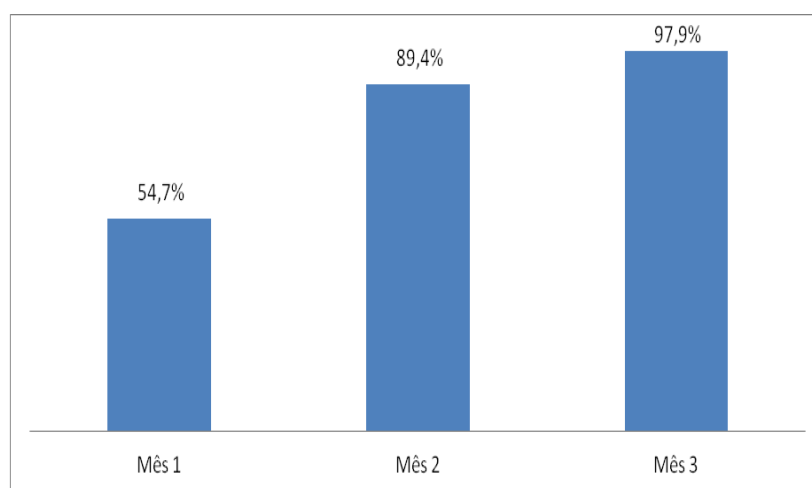


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Em relação aos resultados alcançados no indicador 2.5, semelhantemente ao indicador anterior, as metas foram incrementando no segundo e no terceiro mês, mas não foram alcançadas.

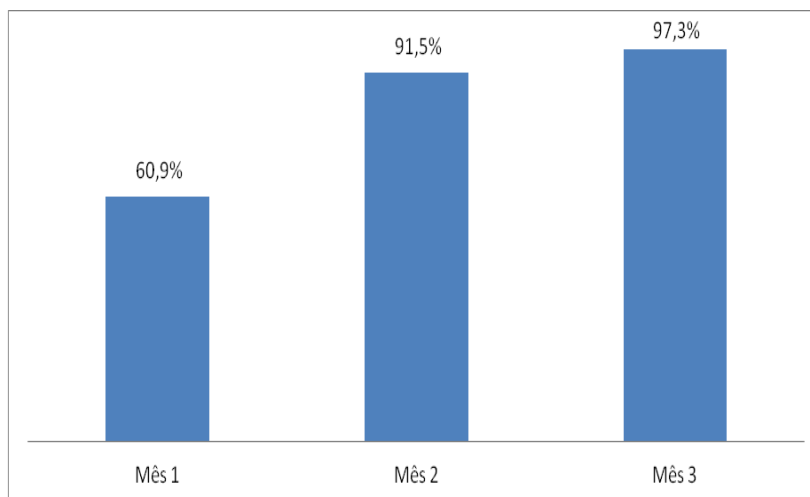


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Diabetes cadastradas na UBS.

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos são exclusivo da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças e precisam comprar em outras farmácias. Além disso, temos uma baixa cobertura de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dessas doenças crônicas.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia foi, respectivamente, 172 (81,5%), 307 (100,0%) e 422 (100,0%), enquanto para as pessoas com DM, os números alcançados foram 69 (82,1%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Os aumentos identificados no segundo e terceiro meses se referem às compras realizadas pela secretaria de saúde, e outros compravam o medicamento com acompanhamento em outro município pertencente da Colômbia e com nosso trabalho logramos voltassem para nossa UBS.

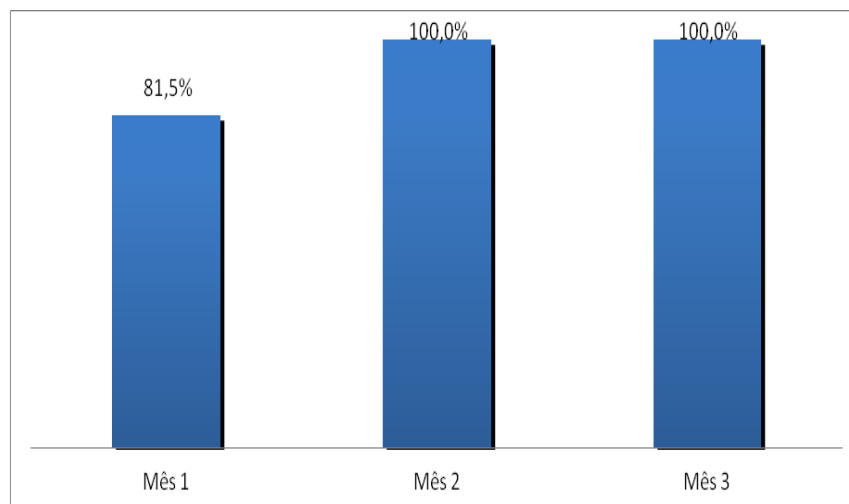


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

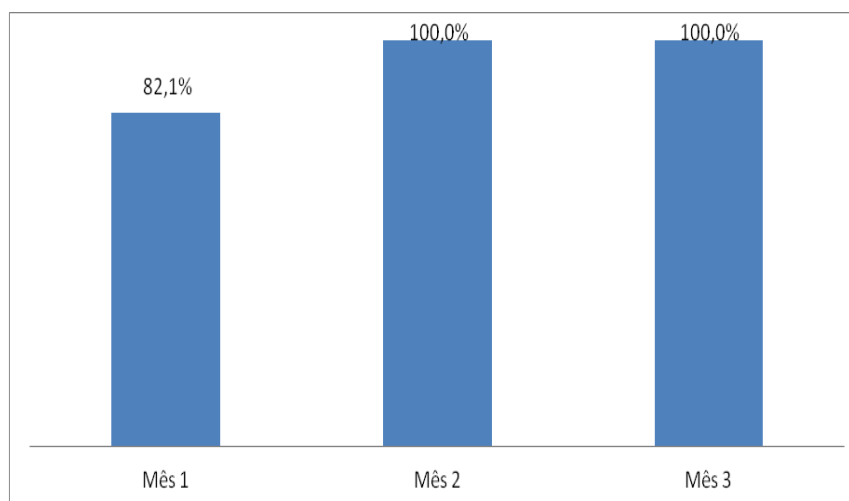


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Diabetes.

Como expliquei anteriormente, no primeiro mês, não se completaram todas as atividades previstas, impossibilitando alcançar a meta proposta, o que prejudicou o indicador relacionado com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, só contamos com uma boa equipe de saúde bucal.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi, respectivamente, 111 (49,3%), 287 (92,6%) e 423 (99,5%). Já em relação às pessoas com DM, o número

atingido no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 55 (59,8 %), 124 (95,4%) e 145 (99,3%).

O aumento observado no segundo e terceiro mês ocorreu devido a divulgação do programa e a incorporação das ações previstas na rotina do serviço.

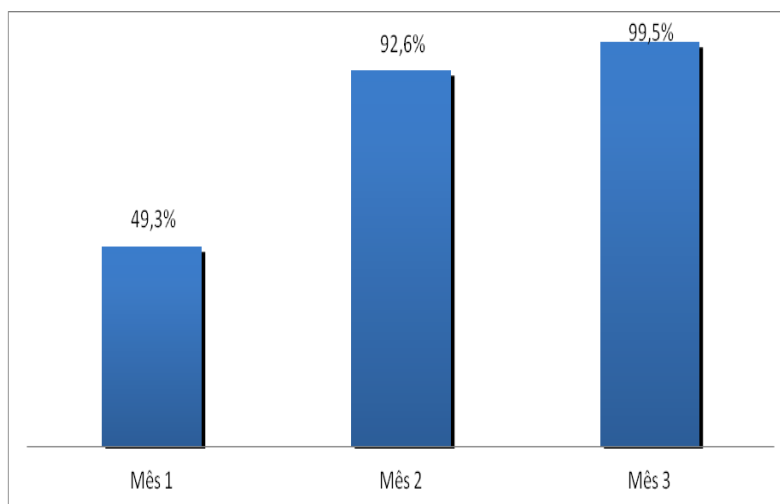


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

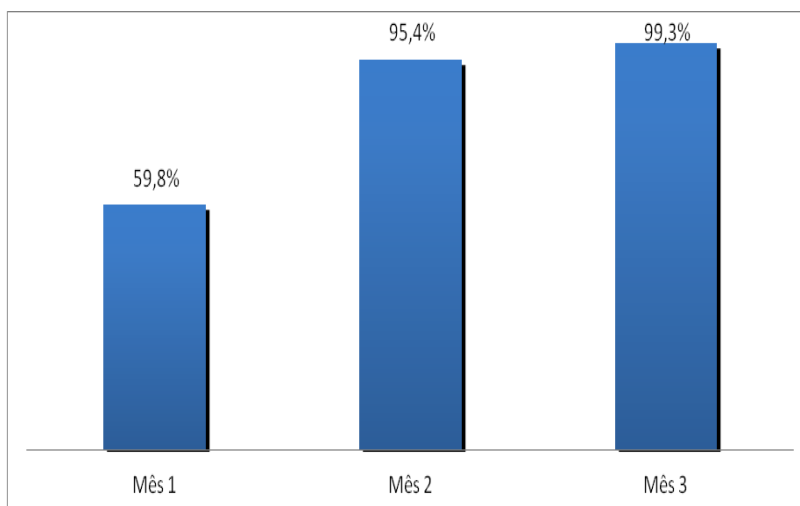


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.**

**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com Hipertensão faltosas a consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% das pessoas com Diabetes faltosas a consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Em relação com os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, é importante esclarecer que iniciamos as primeiras semanas da intervenção com aqueles usuários que não compareciam ao serviço por mais de um ano, ou seja, que se tratava de usuários sem acompanhamento na unidade, mesmo assim morando na área adstrita, só compareciam a unidade quando precisavam de medicamentos para o controle da sua doença, outros assistiam a outras UBS ou fora de nosso município, nós trabalhamos em função de recuperar e incorporá-lo no programa na UBS.

Esses usuários foram priorizados para iniciar nosso projeto, visitados pelos ACS e registrados no cadastro do programa, por este motivo ficou registrado na PCD um grande número de usuários faltosos no primeiro mês da intervenção. Essa ação foi desenvolvida sem dificuldade e de vital importância para aumentar a adesão dos usuários ao programa.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa foi, respectivamente, 79 (100%), 96 (99,0%) e 124 (99,2%). Já em relação às pessoas com DM, a meta foi atingidas nos três meses, com a realização da busca ativa em 22, 14 e 1 pessoas, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

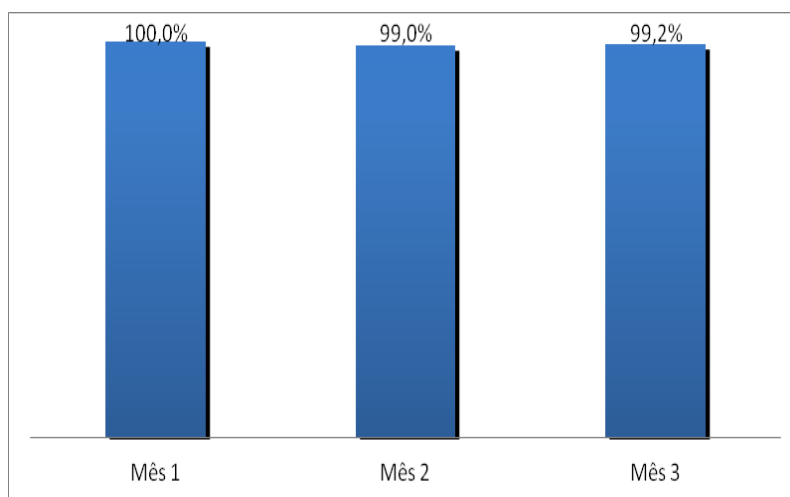


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão com registro adequado foi respectivamente 160 (71,1%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%). Em relação às pessoas com DM, o número obtido no primeiro, segundo e terceiro mês foi 62 (67,4%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

Como já explique no primeiro mês apresentamos dificuldades com a coleta de dados, já no segundo e terceiro mês alcançamos as metas proposta.

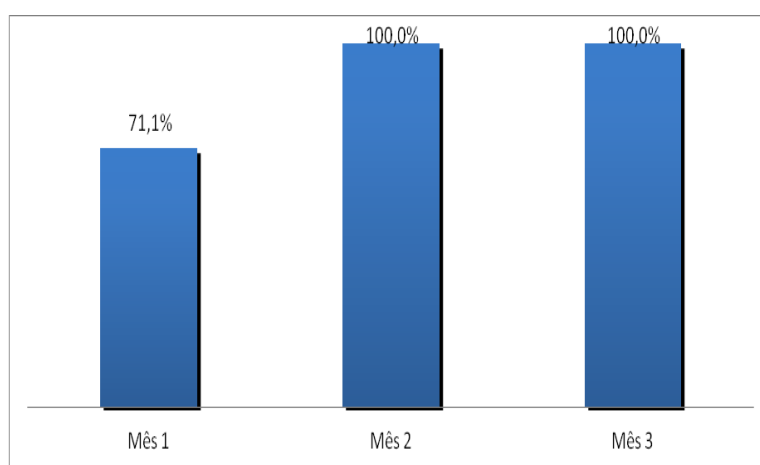


Figura 18: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

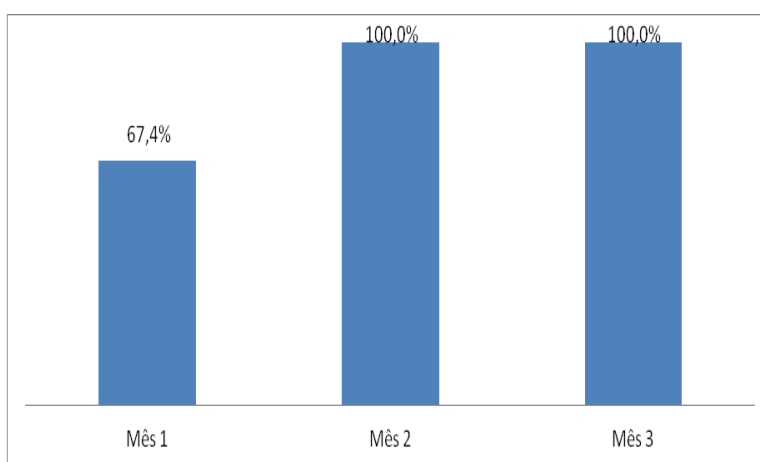


Figura 19: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão de risco para doença cardiovascular foi respectivamente 161 (71,6%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%). Em relação às pessoas com DM de risco para doença cardiovascular, o número obtendo no primeiro, segundo e terceiro mês foi 63 (68,5%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

O aumento observado no segundo e terceiro mês refere-se a organização do trabalho com as fichas espelho e completamente da PCD, a assistência dos usuários às consultas para avaliação, ainda quando não contamos no município com especialista.

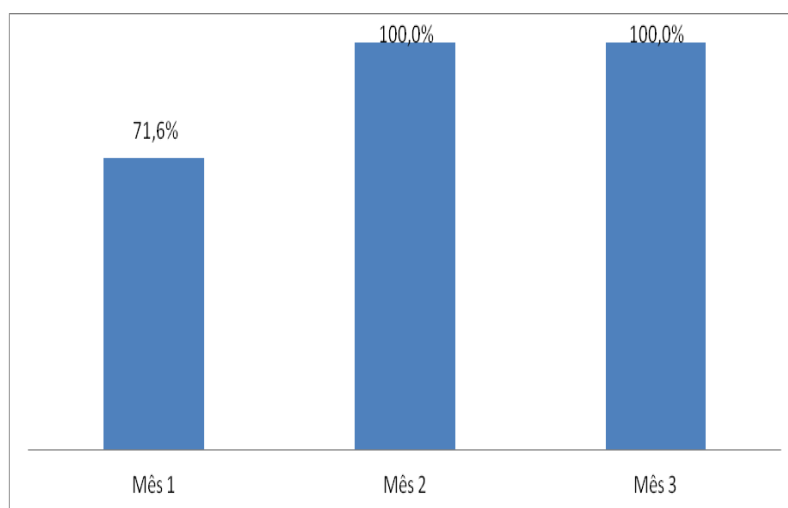


Figura 20: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.



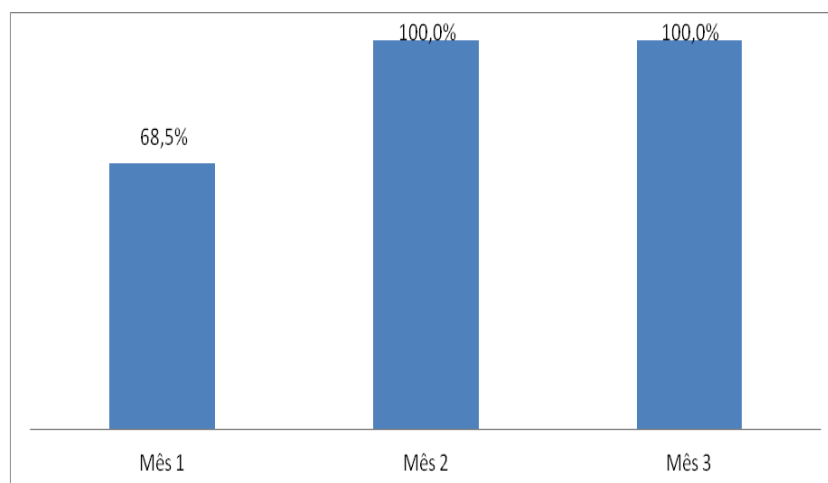


Figura 21: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Nesses indicadores alcançamos uma meta do 100% no primeiro, segundo e terceiro mês. Em relação às pessoas com HAS, o número de pessoas atingido foi 225 (100,0%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%). Já para DM, 92 (100,0%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

Esses resultados foram alcançados graças ao trabalho em equipe, as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção, as palestras realizadas, conversas e na própria consulta.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos usuários com diabetes.

Em relação à prática regular de atividade física atingimos 100% nos três meses. Em relação às pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 225 (100,0%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%), enquanto que para as pessoas com DM foi 92 (100,0%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

O alcance dessas metas foi o resultado das orientações após de receber capacitações o pessoal envolvido, fazendo caminhadas com os de Idosos, Hipertensos e Diabéticos, incorporação dos mesmo ao centro de Idoso.

Meta 6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Atingimos essas metas nos três meses da intervenção. Em relação as pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 225 (100,0%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%). Já para as pessoas com DM, o número foi 92 (100,0%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%).

Esses resultados foram alcançados pela realização de palestra, conversas, em cada uma das atividades realizadas com isso usuários, tendo em conta os risco para a vida e comprometimento da doenças.

Meta 6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

A divulgação do programa e a incorporação das ações previstas, organização do serviço, féis possível o cumprimento de 100% nos três meses. Em relação as pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 225 (100,0%), 310 (100,0%) e 425 (100,0%), enquanto para as pessoas com DM, o número foi 92 (100,0%), 130 (100,0%) e 146 (100,0%), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na minha unidade básica de saúde Brilhante proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, a melhoria dos

registro e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés das pessoas com DM e para a classificação de risco de ambas doenças.

O trabalho desenvolvido exigiu que as equipes se capacitassem para cumprir com as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamentos, diagnósticos e monitoramento do foco escolhido. Essas atividades promoveram o trabalho integrado de todos os profissionais da equipe.

As auxiliares de enfermagem junto com as recepcionistas acolheram os usuários desde sua entrada na unidade de saúde, médicas e enfermeiras assistiam aos mesmos de forma integral, com apoio da equipe de saúde bucal e das equipes todas na coletas de dados.

Isso impactou também em outras atividades no serviço, tais como, organização e aumento das consultas odontológicas, no programa de atenção aos idosos, atenção às crianças, atenção à mulher, programando um dia para cada ação sem deixar nenhum usuário sem atendimento.

Antes de iniciarmos a intervenção, as atividades de atenção aos usuários com HAS e/ou DM eram concentradas na médica, poucos usuários assistiam às consultas com enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe, ofereceu maior compreensão aos usuários sobre o processo de cuidado, viabilizando assim, a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento das pessoas com HAS e/ou DM tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto é percebido pelas comunidades fundamentalmente aquelas pessoas que residem distantes da unidade de saúde, demonstrando satisfação com o nosso trabalho, com a prioridade no atendimento e realização dos exames de controle, segundo o protocolo para essas doenças. No início do nosso trabalho gerou insatisfação entre outros membros das comunidades mas com a organização dos serviços ninguém ficou afetado.

A intervenção poderia ter sido mais facilitada se desde o início tivéssemos comunicado toda a comunidade sobre o trabalho que iríamos realizar com o foco definido. Poderíamos ter explicado melhor os critérios de priorização da atenção e discutir como implementaríamos essa atividade.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como a intervenção está incorporada na rotina do serviço, temos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

As poucas ações que ainda precisam se efetivar na rotina do serviço serão os objetivos de nossa equipe nos próximos meses. Pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção das pessoas com HAS e/ou DM em especial os de alto risco.

A partir da organização das micro áreas pretendemos investir na ampliação de cobertura das pessoas com HAS e/ou DM.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Gestor,

A intervenção com o foco na atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) foi desenvolvida na unidade de saúde Brilhante, com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde da população residente na nossa área de abrangência.

Considerando as estimativas da planilha de coleta de dados disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas, UFPel, após três meses, conseguimos melhorar a cobertura da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM de 32,1% para 52,3% e de 57% para 73%, respectivamente.

Além disso, nossa equipe conseguiu atingir 100% na maioria dos indicadores relacionados com a qualidade da atenção, o que repercutiu na organização dos registros, melhor adesão dos usuários ao tratamento, além do desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde tanto na unidade, como nos equipamentos sociais da comunidade. Esses ótimos resultados óbitos vai ao encontro da integralidade do cuidado bem como com os princípios e diretrizes do SUS.

Gestor, todos esses benefícios foram possíveis de serem alcançados, devido ao seu apoio no momento da impressão e disponibilização das fichas espelho e quando garantiu os recursos e a logística necessária para o transporte até as comunidades residentes mais distantes de nossa unidade de saúde. Além disso, você nos apoiou e colaborou no momento de possibilitar o exame físico e complementar para todos os usuários cadastrados e a busca ativa de casos novos, garantindo que os medicamentos para estas doenças sejam mais frequentes na farmácia da UBS. Isso tudo gerou satisfação dos usuários e possibilitou a priorização dos exames laboratoriais.

É importante destacar que as ações foram incluídas na rotina do serviço, apesar de ainda apresentarmos algumas fragilidades, principalmente aquelas relacionados com o sistema de informação na unidade de saúde, exames laboratoriais, acesso ao serviço de especialidade bem como transporte.

Para sustentarmos esses aspectos positivos proporcionados pela intervenção bem como para superar algumas fragilidades que ainda apresentamos, a sua participação é fundamental. Precisamos do seu apoio em relação ao aumento do número de medicamentos que precisamos, pois houve um aumento no cadastro das pessoas.

Apesar de alguns aspectos terem limitados nossa atuação, tais como as intensas chuvas e o período de recesso do final do ano, o processo de trabalho da equipe está melhor (re)organizado, a comunidade está satisfeita e os profissionais qualificaram a suas práticas clínicas.

Considerando o impacto positivo da intervenção nos indicadores epidemiológicos e na qualidade de vida da comunidade, acreditamos que seria importante a ampliação dessa intervenção em toda atenção primária do município.

Segue abaixo uma representação gráfica da cobertura obtida durante o trabalho de intervenção das pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

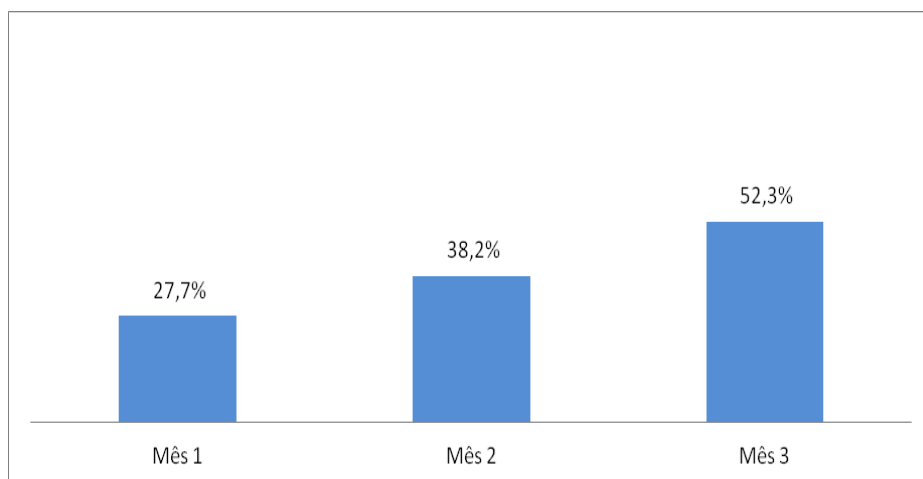


Figura 6: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

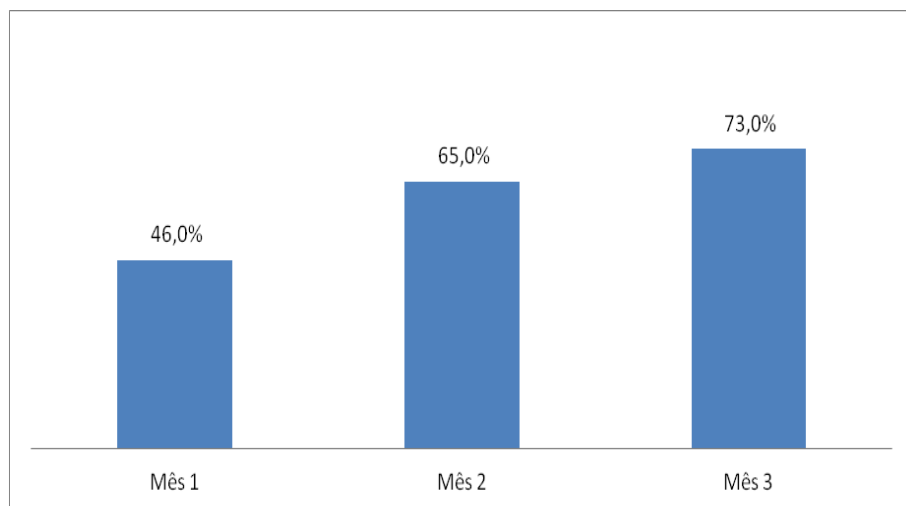


Figura 7: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na u saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Comunidade,

Nossa equipe de saúde junto com a gestão e o apoio da população desenvolvemos uma intervenção com o foco na atenção às pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Após três meses, nós alcançamos muitos benefícios, como por exemplo, aumentamos o acompanhamento do número de pessoas com essas doenças na nossa área de abrangência, priorizamos o atendimento dos casos com maior risco e realizamos ações de prevenção tanto na unidade como na comunidade.

Além disso, por meio dos encontros durante a reunião de equipe, os profissionais aprenderam e melhoraram o conhecimento a respeito dessas doenças, organizamos os momentos de realização das visitas domiciliares e assim, hoje é possível ofertar uma melhor atenção à saúde para nossa comunidade.

Mediante as palestras realizadas na unidade de saúde, por meio do diálogo direto com a comunidade e os familiares, nas consultas e nas visitas domiciliar, foram demonstrados os benefícios recebidos pelas pessoas quando elas controlam



suas doenças. A comunidade compreende melhor a importância de um bom acompanhamento e a interação da equipe com a comunidade está melhor.

As ações desenvolvidas foram incluídas na rotina do serviço, graças à dedicação dos profissionais e o apoio da gestão e da comunidade. Nós continuaremos inserindo as ações no cotidiano, por meio do estabelecimento do atendimento programado dos usuários com essas doenças em todos os turnos nas consultas agendadas, visando proporcionar a continuidade da atenção, segundo o protocolo. Pretendemos continuar com as ações desenvolvidas até o momento, principalmente aquelas relacionadas à busca ativa de 100% daqueles usuários faltosos e nas orientações de promoção e prevenção com a participação ativa dos ACS, para melhorar cada vez mais a saúde da comunidade.

Para isso, contamos com a sua participação e cooperação. A comunidade deve continuar o apoio das atividades, ampliar o conhecimento a respeito das doenças que possuem e as medidas sugeridas e solicitadas pelos profissionais de saúde, com o objetivo de obter uma boa aceitação e uso direito da alimentação e medicação de acordo com a doença. A comunidade também deve participar de atividades como as palestras, conversas e caminhadas dos grupos.

Agradeço pelo tempo dispensado por vocês e aproveito o momento para convidá-los a participarem cada vez mais das atividades na unidade de saúde e na nossa comunidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No início do curso eu fiquei impressionada com a leitura e a redação na língua portuguesa, por meio do curso, foi aprimorando ao longo do tempo, e também devido à ajuda dos colegas na UBS. Além disso, em alguns momentos, eu encontrei dificuldade com a internet, pois no município todo o sinal é muito ruim. Tal fato dificultou iniciar o curso, mas com o pagamento por meio do meu próprio recurso, isso foi solucionado.

A especialização foi muito oportuna e serviu de guia, uma vez que disponibilizou materiais de apoio para aprofundar e enriquecer meus conhecimentos sobre o SUS no Brasil e (re)orientar o nosso trabalho na unidade de saúde.

Considero que o intercâmbio de experiência com outros colegas mediante as conversas nos Fóruns de Saúde Coletiva e Prática Clínica foi muito interessante, me permitindo conhecer a realidade dos serviços de saúde nos diferentes locais do Estado de Amazonas e refletir sobre isso. A realização dos casos interativos e os testes de qualificação cognitiva foram muito importantes e proporcionaram a ampliação do meu conhecimento acerca da saúde no Brasil e viabilizou e favoreceu ao alcance de melhores resultados sanitários positivos na comunidade.

Mesmo com as dificuldades apresentadas, a implementação das ações no serviço tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoces das doenças HAS e DM em diversos usuários, a classificação do risco auxiliando a prevenção e o tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção à saúde.

Outra vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de ações preventivas, curativas e promoção de saúde das pessoas com HAS e/ou DM, contemplando também nesse caso, as palestras informativas,

com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais.

Acredita-se que aumentando da adesão da população as mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações, estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar o projeto contribuirá de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e de vida da população adstrita.

## Referências

- FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, 2003.
- HELENA, E. T. S. de; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.
- LOPES, M. S. V.; SARAIVA K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010.
- RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011.
- NOBRE, FERNANDO et al. Hipertensão arterial sistêmica. Revisão. São Paulo, Brasil 2013.
- ROLIM, LUÍS FERNANDO. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Caderno de atenção básica* n.º 15. Brasília – DF 2006.
- VICENTE, ÂNGELA MARIA et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. *Cadernos de Atenção Básica*, n° 36. Brasília – DF 2013.
- VICENTE, ÂNGELA MARIA et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, n° 37. Brasília – DF 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed.- Brasília, 2013. Caderno de atenção Básica de Diabetes Mellitus /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed.- Brasília, 2013.

Dicionário escolar Português-Espanhol. Michaelis. 2ª edição, 10 impressão, São Paulo, Brasil fevereiro de 2013.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

C6

A B C D E F G H I

13

14

15

16

19

20

\*Estimativa no território

21

População total

22

23

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)

24

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)

25

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

C6

A B C D E F G H I

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

Número total de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

**HIPERTENSOS**

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da **intervenção**

**DIABÉTICOS**

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da **intervenção**

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

**OBSERVAÇÕES**

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.



2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Área de Transf...

Fonte

Alinhamento

Número

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

Células

AutoSoma

Preencher

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

E4

A B C D E F G H

1 **Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1**

2

3

4

5

6

7

8

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

Pronto

125%

## Anexo C - Ficha espelho

ficha\_eselho-programa\_de\_atencao aos\_hipertensos\_e\_diabeticos.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

Ferramentas Assinar Comentário

**FICHA ESPELHO**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefones de contato \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial \_\_\_\_\_ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO	
DATA	
POSIOLOGIA	
Hydrochlorothiazide 25 mg	
Captopril 25 mg	
Enalapril 5mg	
Enalapril 10mg	
Losartan 50 mg	
Propranolol 40	
Amlodipine 25 mg	
Atenolol 50mg	
Amlodipina 5 mg	
Amlodipina 10 mg	
Metformina 500 mg	
Metformina 850 mg	
Glibenclamide 5 mg	
Insulina NPH	
Insulina regular	

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	
Glicemia de Jejum	
HGT	
Hemoglobina glicada	
Coletado total	
HDL	
LDL	
Triglicérides	
Creatinina Sérica	
Potássio sérico	
Triglicérides	
ECU	
Infeção urinária	
Proteínaúria	
Corpo cetônicos	
Sedimento	
Microalbuminúria	
Proteínaúria de 24h	
TSH	
ECG	
Hemograma	
Hematócrito	
Hemoglobina	
VCM	
CHCM	
Plaquetas	

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Yanitza Matos Utria, medica com número do conselho 1300311 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante